

計畫編號：DOH92-DC-1030

行政院衛生署疾病管制局九十二年度科技研究發展計畫

**愛滋病感染者之神經精神醫學及心理社會學研究：  
全國性調查(第二年)**

Neuropsychiatric and Psychosocial Study of the HIV-I  
Infected: A Cross-sectional Nationwide Survey

**研 究 成 果 報 告**

執行機構：台灣大學醫學院精神科

計畫主持人：李明濱

聯絡電話：02-27596158 或 02-27263141#1254

Email：[mingbeen@ntumc.org](mailto:mingbeen@ntumc.org)

執行期間：92年1月1日至92年12月31日

# 目 錄

1. 中文摘要	-----3
2. 英文摘要	-----5
3. 前 言	-----6
4. 目的及重要性	-----11
5. 實施方法與進行步驟	-----12
6. 結 果	-----15
7. 討 論	-----19
8. 結論與建議	-----22
9. 參考文獻	-----24
10.圖 表	-----28
11. 附件：研究問卷表	-----39

計畫名稱：愛滋病感染者之神經精神醫學及心理社會學研究：全國性調查(第二年)

計畫編號：DOH92-DC-1030

執行機構：台灣大學醫學院精神科

計畫主持人：李明濱

計畫主持人服務單位：台灣大學醫學院精神科

計畫主持人職稱：主持人兼主任及教授

研究報告中文摘要：

愛滋病的防治已成為世界性的醫療課題，在台灣地區有關之感染者亦急速增加中，由於AIDS之高死亡率、高傳染率及病患易遭受嚴重之社會歧見，有關帶原者之規則追蹤與治療仍存在許多問題，而且感染者常要經歷過一系列之嚴重情緒反應，已發展為AIDS之個案，其更面臨諸多問題：如醫療問題、心理、社會、家庭等壓力。綜觀過去國內之相關研究皆侷限於地區性研究，為全面性瞭解本國目前HIV-1感染者之神經精神及心理社會問題，及協助政府建立全面性的有效因應策略，國內實有必要推動全國性的調查研究。本研究為二年期計劃，旨在探討：(1) 全國性 HIV-1感染者及綜合醫院AIDS患者之精神疾病診斷及心理社會功能障礙之分佈；(2) 評估感染個案之各項心理社會變項，包括性格特點、家庭功能精神症狀嚴重度及生活功能障礙；(3) 建立全國性分區愛滋病感染者之精神心理衛生醫療團隊及轉介流程及提供必要之精神科治療與諮商輔導。本研究對象有二，一為社區感染者之樣本，另一為住院之AIDS患者。針對社區樣本，將採用兩階段診斷評估方式進行；第一階段為篩檢與評估：整合全國各地愛滋病防疫之責任醫院精神醫療團隊人力及教育訓練全國衛生局(所)負責個案追蹤之個案管理者，第一階段先由個案管理者收集個案基本資料，同時，建立標準化且信效度良好之簡式症狀量表 篩檢版 (BSRS-5)，篩選符合精神病理嚴重度之個案，並發掘適應困難之個案；第二階段為針對篩選出之身心適應障礙個案，由各區之精神科專科醫師以結構性診斷工具配合深度面談及神經精神醫學檢查，根據DSM-IV診斷標準確立精神科診斷，以建立全國性愛滋病感染者之精神科診斷分佈及神經心理測驗與心理社會功能等基本資料。本兩年期研究共執行1604人次之量表篩檢，指標收案 (index assessment) 時期共蒐集愛滋病帶原個案共941名，59.1%之個案無精神科制式診斷，而具有診斷之33.9%個案中，以伴隨憂鬱情緒之適應障礙為最多，佔所有個案之15.9%，其次為未分類之適應障礙 (7.3%)、混合憂鬱及焦慮症狀之適應障礙 (5.7%)，其次為伴隨焦慮情緒之適應障礙 (4.9%)、輕鬱症 (2.3%) 等，其他精

神科疾病之盛行率皆小於1%。以精神科罹病之有無作為dependent variable以年齡、性別、病程、自殺意念、呼吸困難、以及疼痛等常見臨床指標作為independent variables，進行邏輯回歸分析，結果呈現：病程愈長〔OR = 1.005; 95% C.I. = 1.0006-1.0104〕，呼吸困難〔OR = 1.8122; 95% C.I. = 1.2207-2.6903〕，疼痛〔OR = 1.3577; 95% C.I. = 1.0634-1.7335〕，自殺意念〔OR = 2.0161; 95% C.I. = 1.5532-2.6170〕，對於精神科疾病之罹患，具有顯著預測力。透過本研究，能教育第一線個案管理者，使能有效追蹤個案，同時將能成立全國各區感染者之精神醫療團隊，長期持續性動感染者之身心照護，以提高愛滋病感染者之追蹤服務及生活品質。

關鍵詞：後天性免疫不全症候群、精神疾患、盛行率、危險因子、醫學倫理

Research Data Archive, Center for Disease Control, The Executive Yuan, R.O.C.

Readme file

Project Title: Neuropsychiatric and Psychosocial Study of the HIV-I Infected: A  
Cross-sectional Nationwide Survey

Project Number: DOH91-DC-1061

Executing Institute: National Taiwan University College of Medicine

Principal Investigator(P.I.): Ming-Been Lee

P.I. Position Title: Professor

P.I. Institute: Department of Psychiatry

## Abstract

The society, government and the professionals have paid much attention to the prevention and treatment of AIDS in Taiwan area. However, comprehensive care based on psychosocial, and psychiatric, and ethical aspects for the AIDS patients is still underdeveloped. Besides, the national wide survey of psychological distress and psychiatric morbidity of HIV-infected patients were never performed. The present study is a 2-year longitudinal cohort study that aims to understand the psychosomatic issues and psychiatric diagnosis of HIV infected patients by way of national survey. From this study, the national wide data on psychological, psychiatric and family aspects as well as the ethical issues of HIV-infected patients were disclosed. A series of reliable and valid measures was used to assess the psychological distress, cognitive function, and psychopathology. This study was designed to be a two stages survey study. The screening form of Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5) was served as screen tool in the first stage. The diagnosis of psychiatric morbidity was made by senior psychiatrists based on Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) in the second stage. During the two year period, 941 subjects with HIV-1 infection were recruited. Some of the subjects were followed up for 3 to 6 months. The study showed any kind of psychiatric morbidity occurred in 33.9% of our sample and the most frequent diagnosis was adjustment disorder with depressive mood (15.9%). Besides, the most prevalent psychological distress defined by BSRS-5 and reach the moderate severity and above was insomnia followed by depressive mood, anxiety, irritability, interpersonal sensitivity, suicidal ideation, pain, and dyspnea. The psychopathology was positively correlated with functional variables. The neuropsychological test (Tail making B) was significantly correlated with psychopathology and functional variables. In the logistic regression model, duration of HIV infection, suicidal ideation, dyspnea, pain were significantly correlated with psychiatric diagnosis. In addition to the survey of psychiatric morbidity, via in-depth interview in part of the samples, the main stressors were being diagnosed and the poor prognosis and family conflict. Using focus group discussion and questionnaire survey on the first line case managers revealed that they still need further training on the ethics, law and psychosocial aspects to take care of their registered clients. The present study implied that the psychosocial-ethical care including individual counseling, group/family support and patient-physician communication are rather important to improve the prognosis of the HIV-infected and the quality of health care on the AIDS patients.

Key words: HIV-1 infected, Psychiatric morbidity, Risk factors, Prevalence, Medical ethics.

## 前 言

隨著科技的發展，醫學的走向分工愈細，次專科發展也受強調，然而這些發展並未導致醫療品質的明顯改善，反而帶來某些醫療照顧問題。醫療品質的維持，有賴於科技知識與人文的融合，後者含蓋醫學的人性面，亦即醫學心理、醫學倫理與醫病溝通的整體性發揮。在醫療上，則有賴於心身醫學與醫學倫理的體現；1980年代，美國紐約羅契斯特大學教授 George Engel，即在 Science 雜誌上提倡醫療的模式，應強調生物心理社會諸層面的整合，亦即所謂的 biopsychosocial model。此一模式係建立於心身醫學理論的基礎上；近年來，心身醫學的發展已逐漸發現心身之間的相互關係。簡言之，心理社會壓力與性格的相互運作可直接促發 (trigger) 某些生理疾病或惡化其病程；或因這些因素而病患者不良的情緒反應，而再次影響到生理功能或接受治療的順從度 (compliance)，進而影響治療預後。此外，身體疾病本身也會誘發情緒反應，或因直接影響腦功能而造成腦症候群，進而表現精神症狀。據報告，精神症狀會延續疾病之復原，並延長住院時日。

心身醫學的研究包括三個層次，第一，為流行病學研究，探討心身間作用下所產生的精神或生理疾病；亦即瞭解身體疾病與心理社會因素間的關係；第二為，精神生理反應研究，目前部份研究已證實心身反應的媒介機轉在於下視丘；主要的研究範圍，包括精神神經生理學，精神神經內分泌學及精神神經免疫學。第三層次為心理治療或行為矯正術 (behavioral modification)，包括生理迴饋治療 (biofeedback treatment) 如何改變生理功能之研究。

在台灣地區，心身醫學的研究主要是由台大醫院精神科主導；自1980年起，由本研究申請者所領導的心身醫學工作小組（包括醫師，護理，心理及社工人員）即進行一系列有關非精神科之住院或門診病人之診療與研究，主要涵蓋第一及第三層次。我們發現身體疾病中最易併發情緒障礙而照會精神科的疾病，主要是癌症或 AIDS 病人 (Lee MB, 1985; Lee MB et al, 1990)。目前我國對此一疾病的研究投入相當的精力，然而，對於影響患者醫療照顧甚巨的心身層面卻極度缺乏；因此申請者擬經由本系列研究整合生物科技與心理社會層面，以提供國人整體醫療概念的實証資料。

首例愛滋病例於 1981 年被報告以來，由於其高死亡率和傳染性，愛滋病受到各國廣大的重視，全世界感染人數正在迅速增加中。愛滋病是由 retrovirus 即 HIV 感染而引起，臨床上依照其表現將 HIV 感染分成四個階段。第一階段是初感染期。第二階段是慢性無症狀感染期。第三階段是持續性全身性淋巴結病變。第四階段是其他疾病表現，包括：

A 組是全身性症狀；B 組是神經科疾病；C 組是次發性感染；D 組是次發性腫瘤；E 組是其他狀況，如慢性淋巴性間歇性肺炎。這種分類的方式並不代表其疾病的嚴重程度或預後。

最早發現同性戀者、靜脈注射藥物濫用者、血友病人和海地移民是 HIV 感染的高危險群，透過不當的性行為、共用不潔的針頭和輸到 HIV 帶原者的血液感染。估計這些高危險群中 66% 是同性戀或雙性戀者；7% 是靜脈藥物使用者；3% 是輸血感染；3% 原因未明，可能是資料不足或惟一因素是與異性有性接觸感染。目前愛滋病原正以異性性接觸的方式從高危險群中擴散到一般民眾，造成心理社會的影響甚鉅。國外有關 HIV 感染的追蹤研究中，發現 5 年中發展到愛滋病的比例為 20-30% ，一旦被診斷為愛滋病，兩年內的死亡率為 75%。

愛滋病相關的神經精神科問題在近十年來的文獻中陸續地被描述和討論，重要的主題包括 HIV 帶原者及愛滋病人的心理反應，HIV 相關的神經精神科臨床表徵(Morin SF et al, 1984; Perry SW et al, 1984; Levy RM et al, 1985; Perry SW et al, 1986; Rundel JR et al, 1986; Beresford TP et al, 1986; Navia BA et al, 1987; Schmidt U et al, 1988; Butters N et al, 1990; Perry SW, 1990; Cefali FE, 1990; Dilley JW et al, 1992; Snyder S et al, 1992; Catalan J et al, 1992)，HIV 帶原者的精神神經免疫學 (Coates TJ et al, 1984; Temoshok L et al, 1989; Rabkin JG et al, 1991; Coates TJ et al, 1989; Ironson G et al, 1990; Capitanio JP et al, 1991; Goodkin K et al, 1992)，一般民眾和醫事人員對 AIDS 的心理反應和各種應對策略等。國內的第一位愛滋病患是在民國 73 年發現，是位外籍人士。本國籍的第一位愛滋病患發現於民國 75 年，至 82 年總人數已超過 70 位，而帶原者也逾 600 位。

愛滋病的神經精神併發症：

愛滋病相關之神經病變，情緒、行為或認知障礙是常見的併發症，最常見的神經精神科障礙有所謂 4D；包括腦功能障礙，如譫妄症 (delirium) 與痴呆症 (dementia) 及功能性精神疾患，如憂鬱症 (depression)，此外，高比率为適應問題所造成的士氣消沈 (demorale)。而 4D 之致病途徑主要有四種，一、中樞或周邊神經細胞直接受 HIV 感染；二、中樞神經受到伺機性感染；三、因全身性功能失調，如低血氧、電解質不平衡等而影響腦部功能；四、對疾病本身所產生之心理反應。

愛滋病痴呆複合症 (AIDS dementia complex，以下稱 ADC)：

與此症相關之診斷名稱包括亞急性腦炎 (subacute encephalitis, SE)、非局部或HIV腦症 (nonfocal or HIV encephalopathy)。較早期之臨床報告曾描述某些愛滋病患會出現廣泛性器質性腦症候群，其特徵為變化多端的智能、運動機能及行為症狀。1983年 Snider及其同僚研究 50名合併神經障礙的愛滋病患，發現其中18名為 SE，當時他認為SE是愛滋病最常見的神經併發症。1984年，Nielsen更指出SE為一漸進性的退化過程，其症狀表現為：嗜睡、社交退縮、性慾減低、精神運動性遲緩，終至嚴重癡呆。隨著 HIV在有神經障礙的愛滋患者腦部組織或腦脊髓液中被測出，Shaw於1985年提出二種反錄病毒模式來解釋 HIV在腦中的作用，使大家對 HIV、愛滋病與神經精神病變之關係有更進一步的了解。目前ADC已被公認為最常見之愛滋病神經併發症，係由 HIV直接感染腦部細胞所引起；其發生率在各學者間的估計不一，許多人認為至少40%患者與在診斷為愛滋病當時，甚或之前，即有認知障礙；其中有10%之患者係以認知功能障礙為最早出現之症狀。以解剖病例而言，成人愛滋病患有70 - 80% 存在神經病灶。ADC的早期症狀通常為(一)認知障礙：如記憶力減退，特別是近期記憶、注意力不集中、思考遲鈍等；(二)態度及人格上的變化：如淡漠、退縮、憂鬱、性慾減低；以及(三)日常生活障礙，此時期常被誤診為憂鬱症。繼而病程進展一如末期之老年痴呆症，整體智能嚴重喪失，可能出現不語、妄想、幻覺，常合併有運動障礙，如高肌張力症、手腳無力或抖動、額葉損傷病徵(出現原始反射)、步態不穩、抽搐、大小便失禁等。神經病理學上特徵可見到腦萎縮、神經細胞喪失、微病灶性脫鞘(microfocal demyelination)，最常受侵犯處為白質及皮質下灰質。因此對於早發性之認知功能障礙(甚至癡呆)患者，應注意到HIV感染的可能性，如此可減低誤診為功能性精神疾患的比率。

愛滋病患的心理反應：

根據早期美國心理學會與精神醫學會的討論及最近一些文獻回顧，面對愛滋病的巨大心理壓力主要來自此病對生命的威脅，及被視為少數團體的差別待遇。一旦被診斷為愛滋病，患者的最初反應通常是強烈震驚或否認；偶有少數患者在原先即懷疑自己可能罹病，在真正確定診斷後，反而有些許放鬆的感覺。接著他可能猛然陷入所謂的生存困境(existential plight)中，而出現焦慮、憂鬱、苦惱悲嘆、或一味地偏執於必死之命運；隨著每個病患之性格不同，而有各種重新建立平衡的方式，如尋求相關尋求相關資訊、誓與疾病奮鬥，當生存者、或消極無助、氣憤地否認診斷等。

與一般癌症等末期病患不同的是，愛滋病患除了面對致命的疾病，隨之而來的“同性戀”、“性濫交”、“藥癮”等烙印，導致大眾異樣眼光、排斥，而使患者在重新整合或調適個人價值觀與目標的過程中更



加困難。開始治療之後，病患情緒往往隨著療效、症狀改善與否而起伏，有時樂觀、希望增加，但症狀復發或演變成慢性症狀很快地會打斷此“蜜月期”，而經歷身體功能惡化、外觀改變、個人目標受阻等心理壓力，而致自尊心降低；對身體症狀之敏感度增高，過度警覺於任何可能是疾病進展的徵兆，嚴重時達到慮病程度，此為愛滋病患的特徵。這種持續害怕疾病過程常造成情緒激躁、慢性憂鬱或焦慮。大部份病患在此時期常試著重新建立與家人、朋友間的連繫，獲取社會資源幫助，尋求醫藥資訊、專家轉介或其他替代性治療；或詳加查閱過去性經驗、藥物使用及娛樂、生活模式，對目前行為加以自發性約束克制。

當病情進展，病患開始有“討價還價”心態，如「只要讓我活到生日」等，並開始對死亡做計劃。醫療人員必須在患者尚有決定能力時，在適當時機下協助他們思索「死亡計劃」(planning for death)，例如希望被照顧的程度、病危時是否插管、急救、死亡後財產處置、監護權等問題。面對迫在眉睫的死亡，未來目標計劃之結束，末期嚴重身體不適，常使患者陷於更嚴重的憂鬱，自殺情況時而有之。一般而言，導致愛滋病患自殺的危險因子包括：朋友死於愛滋病、症狀復發、因同性戀議題而有社交困難、社會及經濟支持不足、出現器質性精神疾病。

ARC病及無症狀之帶原者的心理反應：

1986 Tross等人比較愛滋病患、ARC患者及無症狀者所面對的壓力，發現75% ARC患者有適應障礙疾患，愛滋病患則有50%，這資料顯示ARC群是可能產生情緒障礙之最高危險群，可能因為病程之“不確定性”(uncertainty)而增加焦慮強度、身體化症狀、人際敏感、心理逃避或強迫性地執意在愛滋病的主題上，所以其苦惱更甚於愛滋病患。

曾有研究者指出：經由HIV檢查與告知結果，可使同性戀之性危險率減低，對不承認其為高危險群之捐血者或靜脈藥癮在使用針頭時能減少其危險行為。但1987年某會議中卻也提出一個顯著而令人困擾的事實：HIV陰性反應者在獲得通知後似乎仍維持，甚至增加其危險行為；因此以篩檢來做初級預防似乎仍有爭議。同時雖然有些陽性反應者會改善其危險行為，但也可能會出現嚴重的負向反應，如焦慮、憂鬱、過度擔心等。

研究者等為瞭解本國愛滋病患及帶原者在心理適應，醫療照顧和臨床的表現，而進行一系列研究。就第一年所收集之個案共計162名帶原者(男148位，女14位)而言，其中有19位已發病。研究結果顯示符合DSM-R診斷標準之精神疾患之盛行率為38.9%；有精神科診斷的個案中，87.3%為適應障礙，主要表現以憂鬱及焦慮為主。與無精神科診斷的個案相

比，有精神科診斷的個案，其精神症狀較嚴重，家庭功能較差，較具神經質及內向性格，對疾病及相關壓力的因應策略較多採取逃避、宿命論；較少積極面對及遵照權威醫囑之治療，因應策略的使用深受患者之神經質或外向特性所影響。多變項逐步迴歸分析結果顯示神經質得分，與使用逃避—退縮或宿命—屈從之因應方式可解釋精神疾病診斷變異量之33%；而神經質、外向、與逃避退縮可解釋精神病理嚴重度(GSI得分)變異量之58%。進一步之追蹤研究將探討帶原者之精神病理及免疫功能間之相關性及病程變化。

就研究者等人經過本研究前三年多來在性病防治所之追蹤治療研究與應用團隊治療模式，無症狀之HIV感染者之心理適應與心理輔導措施已上軌道並制度化；其護理衛教也經由配合本研究群所編撰之「後天免疫缺乏症候群」心理輔導手冊之指引，患者之追蹤與治療順從度都已能順利掌握。而有鑑於台大醫院正式啟用愛滋病房後，愛滋病人的照顧更往前跨進一大步；然而經過一年來的精神科照會經驗，愛滋病住院患者的精神障礙與無症狀之帶原者顯然不同；而且多數都非由性病防治所追蹤的個案。除了腦功能障礙導致認知、行為及性格改變，而導致醫護困難外，由於多數發病為急性，家屬或親友突然獲知，患者及家屬其心理反應之激烈遠大於門診之帶原者。

此外，醫護人員與患者的關係、或是不同科別之轉介治療亦存有極多問題，為了建立愛滋病住院病人心身照顧的良好模式，本研究除繼續追蹤原來性病防治所門診個案外，同時亦將採用過去20年來，本研究者處理住院身體疾病患者之臨床及研究經驗，針對所有台大醫院愛滋病住院患者進行系統性研究，以期能提高治療及照護的品質與水準。

## 目的及重要性

本研究的主要目的在於整體性地探討：

- (1) 全國性 HIV-1感染者之精神疾病診斷及心理社會功能障礙之分佈；
- (2) 評估愛滋個案之各項心理社會變項與精神症狀嚴重度及生活功能(品質)障礙之相關
- (3) 建立全國性分區愛滋病感染者之精神心理衛生醫療團隊 規劃區域性精神醫療網絡、及各相關部門之轉介流程。期能更妥善照顧感染者及能定期進行團隊研討，提高追照護之品質。
- (4) 經由團隊的建立，建立一系列的追蹤輔導指引，及出版本土性之實徹資料刊物，提供工作團隊成員之參考。

故本系列研究之重要性在於建立本國 HIV-1帶原者及 AIDS 患者之心身症狀及精神科診斷型態之普遍性資料，瞭解併發精神疾病之成因，醫師照顧及治療此類病人常見的問題，提供醫療人員照顧此類病人之重要原則以及服務需求。對併發精神疾病達成預防與早期治療的目的；同時透過心理治療技巧增進患者適應能力，減低心理社會壓力對於疾病預後、復發及治療計劃的不良影響，以改善病人治療的順從度，並提高其生活本質。透過本研究結果，可提供有關 HIV-1帶原及 AIDS 患者之心理社會資料，以作為照顧與治療之重要參考。

## 實施方法及進行步驟

### 取樣

本研究計劃為二年期追蹤研究之第二期；針對愛滋病防治之重要醫療院所進行普查。個案為 HIV-1 感染者或 AIDS 患者，主要來源為性病防治所門診、台大醫院門診及住院病患、署立桃園醫院、各地監獄轉介個案、以及其他精神醫療網核心醫院就診個案；所有檢查確定為 HIV-1 帶原者或 AIDS 患者在研究者的解釋及患者的同意下，均列為本研究之對象，研究評量表（如附件）。部分個案，於三個月以及半年均有追蹤，以確立診斷以及評估精神症狀之變化。

### 簡式精神症狀量表 - 篩檢版 (BSRS-5)

本研究計劃第一年已建立各項研究工具之信效度，特別是經由本研究作者等已發展簡式症狀量表 - 篩檢版 (BSRS-5)，可良好適用於身體疾病之精神症狀篩選。本研究初期考量病人負擔以及研究倫理，考慮採用較為精簡且與臨床結合之問卷做為個案篩檢之用，原計畫使用中國人心身健康量表 (Chinese Health Questionnaire: CHQ) 做為篩檢工具。全表共有十二題，一般而言，以 3 分及 4 分以上作為閾值之設定，對於輕型精神疾患偵測之敏感度及特異性分別為 89% 及 70% (Cheng TA et al, 1986)。在過去針對 1585 人量表測試研究之因素分析方面，共粹取出 3 個因素，即身體症狀、憂鬱及失眠與多慮，這和之前國內外研究的結果類似，顯示此一量表之建構效度，12 項中國人健康量表之因素分析在不同族群的研究皆呈現類似的結果，顯示不同文化下的精神病理表現有其共通性。於實際施測及彙整照會精神醫學專家意見後，本研究團隊發現，CHQ 過去在社區樣本之篩檢工作有顯著成效，但運用至一般醫學情境中，則由於 CHQ 十二題中，身體抱怨相關之題目有五題，若做為原本即有身體抱怨一般醫學情境 (general medical condition) 個案，篩檢精神病態 (psychiatric morbidity) 之用，恐於測量模式之建構以及敏感度方面有不妥之處，故於第一年之研究中，分析 708 名身體疾病住院病患之 50 題簡式症狀量表 (Brief Symptom Rating Scale: BSRS) (如下段所描述) 各症狀向度之得分，取愛滋病個案常見之症狀向度，依專家意見以及皮爾森積差相關係數分析，擷取其中五題，做為篩檢題目。於一般醫學情境 708 名個案之初步研究中指出：本研究擷取之五題題目之總分與原 50 題量表之 GSI (綜合嚴重度指標) 之皮爾森積差相關係數為 0.814，此五題之信度檢驗之 Cronbach Alpha 值為 0.7549。

將此題目，於第一年中，以原 50 題 BSRS 針對 253 名愛滋病門診病患施測，並以專家診斷是否為精神科罹病個案做為準則，並擷取上述步驟所選定之五題題目詳加計算，五題題目之總分與原 50 題量表之 GSI (綜合嚴重度指標) 之皮爾森積差相關係數為 0.898，此五題之信度檢驗

之 Cronbach Alpha 值為 0.7968 以專家診斷為準則，進行 receiver operating characteristic (ROC) analysis (如附圖二) 同時考慮敏感度以及特異性之平衡，則將閾值訂於六分。以此閾值，針對愛滋病個案分析，對於精神罹病狀態 (psychiatric morbidity) 則具有 78.9% 之敏感度以及 74.3% 之特異性。此外因考慮身體化傾向、自殺危險、以及睡眠困難之實際臨床需求，故在五題之外，增加以上三題之題目，製成共 8 題之簡式症狀量表-篩檢版 (BSRS-5) 於臨床使用上改稱「簡式健康量表」。

### **米你國際神經精神會談問卷表 (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) 精神科醫師診斷信度及效度之確立及實施**

本研究使用米你國際神經精神會談問卷表 (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) 台灣版譯本作為第二階段結構性診斷工具，由接受制式訓練的資深護理人員、精神科第三年及以上之資深住院醫師以及精神科專科醫師負責實施。該量表乃針對 DSM-IV 或 ICD-10 第一軸向 (Axis I) 精神科疾患診斷所設計簡短之結構性會談問卷，由 David Sheehan 及 Yves Lecrubier 等人共同發展而成，台灣版於研究之際已經由本研究團隊從事長達半年之修訂與測試。以此會談工具與 DSM-III-R 之 SCID-P 以及 ICD-10 之 CIDI 所作之比較研究，已經證實具有良好之信效度。本研究第一年計劃已訓練精神科醫師進行信度及效度面談訓練，平均會談所需時間約為 20 分鐘左右。過去以此會談工具與 DSM-III-R 之 SCID-P 以及 ICD-10 之 CIDI 所作之比較研究，已經證實具有良好之信效度，本研究群亦曾以此診斷工具施用於震災後受災民眾之輕型精神疾患篩檢與確認工作。目前針對本研究團隊之成員，各級住院醫師，以執行相關信效度之訓練及檢驗。

### **Sheehan 功能障礙量表**

本研究使用 Sheehan 等人發展之功能障礙量表 (Sheehan Function Inventory)，用以測量個案於工作、社會生活、休閒活動、家庭生活及家庭責任各向度之功能。此一量表過去曾廣泛用於輕型精神疾患個案之功能損傷及生活品質研究中。本量表之測量結果可作為患者生活品質的重要指標。

### **神經心理功能檢查：軌跡測驗 (Trail Making Test)**

美國精神醫學會所出版之治療指引中，針對愛滋病患以皮質下痴呆 (sub-cortical dementia) 為主要機轉之認知功能退化，建議在臨床上，以

對於皮質下痴呆較為敏感之 Finger Taping Test, Trail Making Test, 以及愛滋病痴呆量表進行測試，以進一步了解感染者，神經心理功能之變化。本研究採用軌跡測驗 A 及 B 兩種神經心理測驗，針對愛滋病帶原者施測。此一測驗由 Partington & Leiter, 於 1949 年提出，目前為廣泛使用之神經心理測驗工具，分為 A 及 B 兩組測驗，Trail Making Test A 要求個案在測驗紙上，依照順序，將不規則散布於測驗紙上之 1 至 25 數字依序用筆畫相連，並計算完成之時間。Trail Making Test B，則除了數字之外，間隔參入英文字母，要求個案以數字及字母交錯之方式（如 1 - A - 2 - B - 3 - C - .....），用筆畫相連，並計算完成之時間。此類測驗對於 speed for attention, sequencing, mental flexibility, visual search, 以及 motor function 之表現較為敏感。

## 統計方法

於本研究採用 SPSS 8.0 軟體執行統計分析，描述性部分以 Frequencies 方式執行之。量表之信度以 Cronbach alpha 檢定之。所得單變量分析部分，連續變項之組間差異以 Student's t test 執行之，採雙尾檢定， $\alpha$  值定於 0.05，類別變項以卡方檢定，採雙尾檢定，若有細格之期望值小於 5，則運用 Fisher's exact test 檢定。各項得分之相關以 Pearson's product moment 相關分析處理。教育程度以及其他變項之比較以無母數序列變項處理之，採用 Mann-Whitney test 檢驗獨立分組之差異，採雙尾檢定， $\alpha$  值定於 0.05。各項了解程度評量之相關以無母數序列變項處理之，運用 Kendall tau 相關係數，採雙尾檢定判定之。多變量分析部分，採邏輯回歸分析（logistic regression）估計精神疾病之各項臨床危險因子之勝算比（odds ratio）。

## 結 果

### 人口學資料

本兩年期研究共執行 1604 人次之量表篩檢，指標收案 (index assessment) 時期共蒐集愛滋病帶原個案共 941 名，其中男性有 897 名 (95.3%)，女性有 44 名 (4.7%) (Table 1.1)。而指標收案後三個月後評估人數為 425 人，六個月後追蹤 236 人。教育程度以高中為最多，其次是高職、大學、以及國中 (Table 1.2)，個案之平均年齡為  $34.37 \pm 10.88$  歲，就初次檢驗陽性或發病之資料可回溯及有紀錄之 747 名個案而言，平均病程為  $33.31 \pm 37.09$  個月 (Table 3.1)。

### 簡式症狀量表-篩檢版 (BSRS-5)

就此次二年期研究指標收案時篩檢量表結果而言，症狀嚴重程度為厲害及非常厲害者，以失眠最多，佔 10.9%，其次焦慮 (10.5%)、憂鬱 (9.6%)、易怒 (7.4%)、人際敏感 (6.1%)、自殺意念 (3.8%)、疼痛 (2.9%)、呼吸困難 (0.8%) (Table 2.1 – 2.8)。此外，各項神經心理學檢查 (循跡測驗)、功能評估 (分社交、家庭、以及工作三向度) 之分佈情形如 Table 3.1 to 3.2。

以原 50 題 BSRS 針對 253 名愛滋病門診病患施測，並以專家診斷是否為精神科罹病個案做為準則，並擷取上述步驟所選定之五題題目詳加計算，五題題目之總分與原 50 題量表之 GSI (綜合嚴重度指標) 之皮爾森積差相關係數為 0.898，此五題之信度檢驗之 Cronbach Alpha 值為 0.7968。以專家診斷為準則，進行 receiver operating characteristic (ROC) analysis 同時考慮敏感度以及特異性之平衡，則將閾值訂於六分。以此閾值，針對愛滋病個案分析，對於精神罹病狀態 (psychiatric morbidity) 則具有 78.9% 之敏感度以及 74.3% 之特異性。此外因考慮身體化傾向、自殺危險、以及睡眠困難之實際臨床需求，故在五題之外，增加以上三題之題目，製成共 8 題之簡式症狀量表-篩檢版 (BSRS-5) 於臨床使用上改稱「簡式健康量表」。其中篩檢所需之五題總和之平均數為  $4.33 \pm 4.12$ 。篩檢總分有 66.1% 之個案為小於六分，六分及六分以上者有 33.9%。三個月可追蹤之個案中，六分及六分以上者有 27.8%，六個月後可追蹤之個案中，六分及六分以上者有 22.7%。(Table 4.1 – 4.3)

### 簡式症狀量表-篩檢版與米你國際神經精神會談問卷表之相關信效度

本研究使用米你國際神經精神會談問卷表 (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) 台灣版譯本作為第二階段結構性診斷工

具，由接受制式訓練的資深護理人員、精神科第三年及以上之資深住院醫師以及精神科專科醫師負責實施。該量表乃針對 DSM-IV 或 ICD-10 第一軸向 ( Axis I ) 精神科疾患診斷所設計簡短之結構性會談問卷，於本研究中，亦加入並著重適應障礙之臨床診斷項目及分類。於本研究樣本中，具有各種精神科診斷之個案有 36.2%。若以 BSRS-5 為篩檢工具，臨床專家以及結構式診斷工具為診斷準則加以檢驗，則 BSRS-5 以六分為閾值對於精神科診斷之敏感度為 67.2% 特異度達 81.3%。本部分之資料因收案進度問題尚有約 20% 尚未完成整理，目前積極進行中。 ( Table 5.1 )

### 精神科診斷之邏輯回歸 ( logistic regression ) 模型

以精神科罹病之有無作為 dependent variable 以年齡、性別、病程、自殺意念、呼吸困難、以及疼痛等常見臨床指標作為 independent variables，進行邏輯回歸分析，結果呈現：病程愈長 ( OR = 1.005; 95% C.I. = 1.0006-1.0104 )，呼吸困難 ( OR = 1.8122; 95% C.I. = 1.2207-2.6903 )，疼痛 ( OR = 1.3577; 95% C.I. = 1.0634-1.7335 )，自殺意念 ( OR = 2.0161; 95% C.I. = 1.5532-2.6170 )，對於精神科疾病之罹患，具有顯著預測力。年齡與性別則未呈現顯著預測力 ( Table 5.2 )。

### 精神科診斷分布

就精神科診斷分佈而言：59.1% 之個案無精神科制式診斷，而具有診斷之 33.9% 個案中，以伴隨憂鬱情緒之適應障礙為最多，佔所有個案之 15.9%，其次為未分類之適應障礙 ( 7.3% )、混合憂鬱及焦慮症狀之適應障礙 ( 5.7% )，其次為伴隨焦慮情緒之適應障礙 ( 4.9% )、輕鬱症 ( 2.3% ) 等，其他精神科疾病之盛行率皆小於 1% ( Table 5.3 )。

### 精神病理之縱向連續性

本研究之個案共 941 名，指標收案後三個月後評估人數為 425 人，六個月後追蹤 236 人。將三個時間點之 BSRS-5 進行相關分析，結果發現：個時間點之 BSRS-5 總分，呈現顯著之相關 (  $r = 0.684$  to  $0.596$ ; all  $p < 0.001$  )。精神病理呈現相當之持續性與相關性。 ( Table 6.1 )

### 功能指標與精神病理

就各項功能變數以及臨床指標進行相關分析，結果發現：社交功能、家庭功能、以及工作能力，與精神病理呈現顯著之相關。 ( Table 6.2 ) 而三項功能中，皆與疼痛程度呈現顯著相關，此外呼吸困難亦與社交及家庭生活功能城縣低度之顯著相關 ( Table 6.3 )



## 神經心理測驗：軌跡測驗 ( Trail Making Test )

本研究目針對愛滋病帶原者進行軌跡測驗 ( Trail Making Test ) 施測，並配合簡式症狀量表-篩檢版 ( BSRS-5 ) 之蒐集，建立初步之篩檢資料，以作為進一步追蹤研究之參考。美國精神醫學會所出版之治療指引中，針對愛滋病患以皮質下痴呆 ( sub - cortical dementia ) 為主要機轉之認知功能退化，建議在臨床上，以對於皮質下痴呆較為敏感之 Finger Taping Test, Trail Making Test, 以及愛滋病痴呆量表進行測試，以進一步了解感染者，神經心理功能之變化。本研究採用軌跡測驗 A 及 B 兩種神經心理測驗，針對愛滋病帶原者施測。本研究共蒐集 37 名個案具有完整之軌跡測驗 A ( Trail Making Test A ) 以及軌跡測驗 B ( Trail Making Test B ) 等資料，以此二項資料與其他臨床指標，如 BSRS 篩檢版分數，以及人口學資料作相關分析，發現 Trail B 測驗之秒數，與家庭功能損害程度 (  $r = 0.437$ ;  $p = 0.007$  )，BSRS-5 總分 (  $r = 0.579$ ;  $p < 0.001$  )，以及 Trail A 測驗 (  $r = 0.362$ ;  $p = 0.028$  )，呈現顯著之相關。

## 醫病互動與相關倫理

由於個案之診斷以適應障礙為主，而適應障礙之病理核心，在於壓力，性格、社會支持以及因應，研究團隊就台北市性病防治所 50 名門診患者進行深度面談，其 BSRS 篩檢為六分及以上接受諮商及完整精神科評估者，某一部份個案進行深度之精神科面談，發現其壓力多源自於支持系統問題，工作適應問題，罹病者身分曝光之危機感，害怕傳染給他人之焦慮，以及對於疾病病程之不確定性以及無望感。此外就醫並互動相關問題探索，其結果發現有 34% 的病人仍對病性診斷的瞭解不夠深入，有 26% 對治療細節不很清楚，特別是有 34% 的個案認為醫病溝通品質不佳。

過去系列研究主要針對醫院之感染者及醫護人員之研究調查，較少針對社區中第一線醫療之個案管理者進行研究，目前在衛生署的主導下，社區感染者之個案管理工作，已日上軌道。為瞭解第一線工作同仁所面臨的管理問題，研究者特別針對 12 名隨機選取之非台北市管理者，以焦點團體討論方式，採用以案例為中心，結果發現管理者所面對的倫理及溝通問題如下：病情告知，家屬告知、醫病溝通與互動、醫療資源應用之公平性、有意無意傳染給第三者、病情之守密、患者自主權之尊重、患者死後家屬之哀痛處理、死後後事及屍體處理之法與風俗面、個案管理者與醫療團隊之聯繫溝通與轉介等等。

此外，研究者亦針對 42 位目前正在照顧管理感染者或即將參與此類工作之同仁進行問卷調查，結果發現，半數以上認為互動困難來自於如何協助個案情緒管理，擔心家人反對參與個案輔導工作，其他尚包括互動技巧、管理者對愛滋病之知識以及管理者本人之情緒壓力。同時，調查參與者所

感受到感染者的需求，家人的諮商、個案心理諮商、需要更多之人力、如何增加社會資源等。有鑒於此，參與者極多數認為利用媒體進行民眾衛教，可改善現況，其他如提供書刊、演講及舉辦工作坊等，都是參與者所需要的。

## 討 論

本研究藉由針對大規模門診個案為主之樣本對象，呈現於本研究樣本中，蒐集愛滋病帶原個案共941名，共評估1604人次，就指標收案時而言，59.1%之個案無精神科制式診斷，而具有診斷之33.9%個案中，以伴隨憂鬱情緒之適應障礙為最多，其次為未分類之適應障礙、混合憂鬱及焦慮症狀之適應障礙，伴隨焦慮情緒之適應障礙、輕鬱症等，其他精神科疾病之盛行率皆小於1%。就BSRS-5篩檢量表而言，症狀嚴重程度為厲害及非常厲害者，以失眠最多，佔10.9%，其次焦慮、憂鬱、易怒、人際敏感、自殺意念、疼痛、呼吸困難。就臨床指標而言，愛滋病病程愈長，呼吸困難，疼痛，自殺意念，對於精神科疾病之罹患，具有顯著預測力。此一發現，顯示在感染初期，雖有心身醫學學理上之壓力、因應、以及反應之狀況，然而就長期而言，HIV帶原時日愈久，是否為另一精神科罹病之危險因子，而非一般咸信之逐漸適應之假設，其中之機轉，除了特殊疾病適應之問題外，其他身體疾患之影響，甚至HIV感染所引發相關之亞臨床（sub-clinic）神經心理變異，皆為未來研究之重點。此外，由此研究之發現，亦呈現個案管理者，長期追蹤之重要性，以及適當處理病轉介疼痛、呼吸困難、以及如何落實自殺危險性之評估，對於愛滋病個案之心理衛生，十分重要。其中支持性關係之建立，諮商輔導技巧之實施，精神科疾患之辨認，轉介及個案問題之支援及繼續教育訓練，應是未來台灣地區HIV帶原者個案管理之重點。

此外，就長期適應問題與神經心理功能之關係，亦為未來研究之重點。本研究以較少之樣本，呈現出循跡測驗（Trail B test），與功能及精神病理之顯著相關，雖有可能是樣本誤差所造成，未來仍須以更大之樣本來證實此一關係。然而，由本研究出發，可視為以神經心理指標，作為愛滋病患適應障礙或情緒行為障礙之重要參考指標。由過去文獻指出，HIV帶原者在感染早期，即可能有中樞神經系統之侵潤，雖隨著愛滋病治療之進展，個案存活率增加，中樞神經系統之伺機性感染以及腫瘤等併發症降低，但由HIV感染本身所造成中樞神經損傷，所造成如AIDS Dementia Complex (ADC)等臨床現象 仍需更進一步之探討與研究。目前累積之研究指出，HIV並不會造成神經元（neuron）細胞之直接壞死，而是經由侵犯周圍之支持性組織，特別是glial cell，透過神經毒性物質之排除困難及逐漸累積，終究造成細胞之死亡。而此類機轉，好犯於皮質下區域（sub-cortical area），在臨床上呈現以心理運動（psychomotor）速率減緩，表情平板，注意力及執行功能（executive function）障礙。此類退化過程，亦可能造成情緒低落、社交畏縮、寡言（alogia）、意志缺乏（abulia）等現象，更嚴重者，可能出現如躁症或輕躁症發作，甚至精神病症狀，或是譫妄（delirium）狀態。HIV感染所造成之中樞神經退化，其現象學之廣泛與多變，有時難以功能性及器質性精神病理之區分，增加鑑別診斷以及處理上之困擾，且隨個案存活

率之增加，嚴重中樞神經侵犯重現之情緒行為障礙，往往需要妥善準備之機構或人力加以處置。由此觀之，實有需要針對 HIV 帶原者，進行有系統之特異性神經心理功能測驗及追蹤，以澄清其精神病理、神經心理功能、以及臨床指標之間之關係，以作為進一步治療及病因學之探討。例如，具有較佳之血腦障蔽（blood brain barrier）通透性之抗 HIV 藥物，是否應針對臨床上具明顯神經心理功能衰退之個案早期使用，以減緩其退化，避免未來情緒行為障礙之惡化，此一假設，需有初步之追蹤研究實證之，而其初步，便是建立帶原者精神病理、神經心理功能、以及臨床指標長期追蹤資料，以了解此類因素之互動關係。

以台灣地區過去所進行的 HIV 帶原者之系列追蹤研究結果，發現研究結果顯示符合 DSM-III-R 診斷標準之精神疾患之盛行率為 38.9%；有精神科診斷的個案中，87.3% 為適應障礙，主要表現以憂鬱及焦慮為主。與無精神科診斷的個案相比，有精神科診斷的個案，其精神症狀較嚴重，家庭功能較差，較具神經質及內向性格，對疾病及相關壓力的因應策略較多採取逃避、宿命論；較少積極面對及遵照權威醫囑之治療；因應策略的使用深受患者之神經質或外向特性所影響。多變項逐步迴歸分析結果顯示神經質得分與使用逃避—退縮或宿命—屈從之因應方式這兩個變項可解釋精神疾病診斷變異量之 33%；而神經質、外向、與逃避退縮則可解釋精神病理嚴重度變異量之 58%。於本研究中，以米你國際神經精神會談問卷表（Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI）台灣版譯本作為第二階段結構性診斷工具，並輔以加強適應障礙之相關診斷要件，發現精神科罹病率約為 36.2% 與過去研究相近，而其中以適應障礙為最眾之診斷看來，如何在個案追蹤以及諮商過程中，熟稔壓力因應之分析，性格傾向之探查，以及支持性心理治療之實施，是為社會心理介入之重點。然而，由本研究所顯示，具有精神科診斷者，臨床病程較長之事實發現，過去強調罹病初期震驚，否認，憤怒之初期心理反應之介入模式，以及醫囑順從性之增進外，有必要增加長期罹病個案特殊適應問題之辨別及介入，如支持系統問題，工作適應問題，罹病者身分曝光之危機感，害怕傳染給他人之焦慮，以及對於疾病病程之不確定性以及無望感。此外就醫並互動相關問題探索，對病性診斷的瞭解不夠深入，對治療細節不很清楚，醫病溝通品質不佳等因素，需要更進一步之處理。

就最常見之適應障礙觀之，自發現愛滋病後十餘年來，病患原先多侷限在所謂的高危險群體，如同性戀者、靜脈藥癮或血友病人，到目前越來越多異性戀者傳染病例，加上一些偶發性經日常接觸而受感染的情形，使得大眾對愛滋病的恐慌益甚，而罹病者面對此一絕症更有其特殊之反應。根據早期美國心理學會與精神醫學會的討論及最近一些文獻回故顧，面對愛滋病的巨大心理壓力主要來自此病對生命的威脅，及被視為少數團體的差別待遇。一旦被診斷為愛滋病，患者的最初反應通常是強烈震驚或否認；偶有少數患者在原先即懷疑自己可能罹病，在真正確定診斷後，反而有些

許放鬆的感覺。接著他可能猛然陷入所謂的生存困境( existential plight )中，而出現焦慮、憂鬱、苦惱悲嘆、或一味地偏執於必死之命運；隨著每個病患之性格不同，而有各種重新建立平衡的方式，如尋求相關資訊、誓與疾病奮鬥，當生存者、或消極無助、氣憤地否認診斷等。與一般癌症等末期病患不同的是，愛滋病患除了面對致命的疾病，隨之而來的「同性戀」、「性濫交」、「藥癮」等烙印，導致大眾異樣眼光、排斥，而使患者在重新整合或調適個人價值觀與目標的過程中更加困難。開始治療之後，病患情緒往往隨著療效、症狀改善與否而起伏，有時樂觀、希望增加，但症狀復發或演變成慢性症狀很快地會打斷此「蜜月期」，而經歷身體功能惡化、外觀改變、個人目標受阻等心理壓力，而致自尊心降低；對身體症狀之敏感度增高，過度警覺於任何可能是疾病進展的徵兆，嚴重時達到慮病程度，此為愛滋病患的特徵。這種持續害怕疾病過程常造成情緒激躁、慢性憂鬱或焦慮。大部份病患在此時期常試著重新建立與家人、朋友間的連繫，獲取社會資源幫助，尋求醫藥資訊、專家轉介或其他替代性治療；或詳加查閱過去性經驗、藥物使用及娛樂、生活模式，對目前行為加以自發性約束克制。

當病情進展，病患開始有「討價還價」心態，如「只要讓我活到生日」等，並開始對死亡做計劃。醫療人員必須在患者尚有決定能力時，在適當時機下協助他們思索「死亡計劃」( planning for death )，例如希望被照顧的程度、病危時是否插管、急救、死亡後財產處置、監護權等問題。面對迫在眉睫的死亡，未來目標計劃之結束，末期嚴重身體不適，常使患者陷於更嚴重的憂鬱，自殺情況時而有之。一般而言，導致愛滋病患自殺的危險因子包括：朋友死於愛滋病、症狀復發、因同性戀議題而有社交困難、社會及經濟支持不足、出現器質性精神疾病。

有「世紀黑死病」之稱的後天免疫缺乏症候群( acquired immunodeficiency syndrome, AIDS, 以下稱愛滋病 )，首度在1981年被報告，並於1983年發現、分離出其致病病毒：人類免疫缺乏病毒( human immunodeficiency virus, HIV )，短短十年之間被感染者人數可觀，目前已成為各國最受重視的公共衛生問題。因為愛滋病具傳染性、發病後難逃死亡噩運，加上與長久以來即受人非論之「同性戀」、「藥物濫用」等議題相關聯，更為患者及家屬帶來心靈上的磨難，因此臨床欲診治愛滋病患必需整合「生物—心理—社會」諸層面，方能提供最良好的照顧。本文旨在整理愛滋病臨床之神經精神併發症，並探索此病對患者、社會大眾、醫療工作者之心理衝擊，進一步討論現階段所面臨之困境及解決方向。

## 結論與建議

- (一) 本研究藉由針對大規模門診個案為主之樣本對象，呈現於本研究第一年北部地區樣本中，蒐集愛滋病帶原個案共941名，其中具有各種精神科診斷之個案有33.9%。具有診斷之個案中，以伴隨憂鬱情緒之適應障礙為最多，佔所有個案之16.7%。
- (二) 就臨床指標而言，愛滋病病程愈長，呼吸困難，疼痛，自殺意念，對於精神科疾病之罹患，具有顯著預測力。此一發現，顯示在感染初期，雖有心身醫學學理上之壓力、因應、以及反應之狀況，然而就長期而言，HIV帶原時日愈久，是否為另一精神科罹病之危險因子，而非一般咸信之逐漸適應之假設，其中之機轉，除了特殊疾病適應之問題外，其他身體疾患之影響，甚至HIV感染所引發相關之亞臨床神經心理變異，皆為未來研究之重點。
- (三) 就長期適應問題與神經心理功能之關係，亦為未來研究之重點。本研究呈現神經心理測驗與精神病理之顯著相關。一般而言，HIV感染本身所造成中樞神經損傷，其現象學之廣泛與多變，有時難以功能性及器質性精神病理之區分，增加鑑別診斷以及處理上之困擾，且隨個案存活率之增加，嚴重中樞神經侵犯重現之情緒行為障礙，往往需要妥善準備之機構或人力加以處置。由此觀之，實有需要針對HIV帶原者，進行有系統之特異性神經心理功能測驗及追蹤，如對於皮質下痴呆較為敏感之Finger Taping Test, Trail Making Test, 以及愛滋病痴呆量表進行測試，以進一步了解感染者，神經心理功能之變化以澄清其精神病理、神經心理功能、以及臨床指標之間之關係，以作為進一步治療及病因學之探討。
- (四) 由此研究之發現，亦呈現個案管理者，長期追蹤之重要性以及困難，其中除了支持性關係之建立，諮商輔導技巧之實施，精神科疾患之辨認，轉介及個案問題之支援及繼續教育訓練外，應是未來台灣地區HIV帶原者個案管理之重點。
- (五) 由本研究所顯示，具有精神科診斷者，臨床病程較長之事實發現，過去強調罹病初期震驚，否認，憤怒之初期心理反應之介入模式，以及醫囑順從性之增進外，有必要增加長期罹病個案特殊適應問題之辨別及介入，如支持系統問題，工作適應問題，罹病者身分曝光之危機感，害怕傳染給他人之焦慮，以及對於疾病病程之不確定性以及無望感。此外就醫並互動相關問題探索，對病性診斷的瞭解不夠深入，對治療細節不很清楚，醫病溝通品質不佳等因素，需要更進一步之處理。
- (六) 在身體疾病症狀發生，或須住院檢查治療的同時，心理社會壓力亦隨之升高，如確立診斷與預後，治療的醫源性反應與副作用，與家

人的緊張關係及經濟、照顧等問題也都是精神疾患的促發因素，應儘早介入處理，以防更加速惡化其身心狀態。

- (七) 支持性心理治療不在於改變個人之性格或家庭功能，而是在於增進患者之適應能力，對大部分之住院病人有其必要；但限於專業人力來源問題，目前僅止於支持性層次，似乎無法改變患者因應策略方式，而進一步影響其生理預後。因此如何增加輔導次數，並加強壓力管理（stress management）技巧，是將來應改進的重點之一。
- (八) 愛滋病患者除其特殊人口變項特點與感染途徑外，其罹病後心理反應、歷程、罹患精神疾病之內容，感受到之心理社會壓力，其實與非愛滋病患者並無兩樣，主要之臨床照顧問題則在於醫療人員之認知態度問題。因此，當醫療人員在心態與認知上能接納此類病人時，則其心理社會治療可達到更好的品質，而無異於其他重病如癌症患者。

## 參考文獻

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. 3rd ed. Revised (DSM III-R) Washington D.C., 1985.
2. Atkinson JH, Grant I, Kennedy CJ, et al: Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:859-64.
3. Atkinson JH, Grant I: Natural history of neuropsychiatric manifestations of HIV disease. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17:17-33.
4. Batki SL, Sorensen JL, Faltz B, et al: Psychiatric aspects of treatment of IV drug abusers with AIDS. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:439-41.
5. Beckett A, Rutan JS: Treating persons with ARC and AIDS in group  
甲、 Psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1990; 40:19-29.
6. Brown GR, Rundell JR: Prospective study of psychiatric morbidity in HIV-seropositive women without AIDS. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12:30-35.
7. Catalan J, Burgess A: Neuroscience of HIV infection: Basic and clinical frontiers. *AIDS Care*. 1991;3:467-71.
8. Catalan J, Klimes I, Bond A, Day A, Garrod A, Rizza C: The psychosocial impact of HIV infection in men with hemophilia: Controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. *J Psychosom Res* 1992; 36:409-16.
9. Cefali FE: Psychosocial aspects of human immunodeficiency virusinfection. *Nat Immun Cell Growth Regul*. 1990;9:137-42.
10. Chen YC, Hsu CC, Hsu SH, Lin CC: A preliminary study of family APGAR index as a test of family function. *Acta Paediat Sinica* 1980;21:210-17. [In Chinese; English abstract]
11. Coates TJ, Temoshok LA, Mandel JM: Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS. *Am Psychologist* 1984; 39:1309-14.
12. Coates TJ, MacKusick L, Kuno R, Stites DP: Stress reduction training changed number of partners but not immune function in men with HIV. *Am J Public Health* 1989;79:885-887.
13. Detmer WM, Lu FG: Neuropsychiatric complications of AIDS: a literature review. *Int Psych Med* 1986-1987; 16:21-29.
14. Dew MA, Ragni MV, Nimorwicz P: Infection with human immunodeficiency virus and vulnerability to psychiatric distress. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:737-44.
15. Dilley JW, Ochitill HN, Perl M, et al: Findings in psychiatric consultations with patients with AIDS. *Am J Psychiatry* 1985; 142:82-86.
16. Eysenck HJ: The Maudsley Personality Inventory Manual. Sandiago:  
甲、 Educational and industrial testing service,1962.
17. Faulstich ME: Psychiatric aspects of AIDS. *Am J Psychiatry*  
甲、 1987; 144:551-56.
18. Fenton TW: AIDS-related psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1987; 151:579-88.
19. Fernandez F, Holmes VF, Levy JK, et al: Consultation-liaison psychiatry and HIV-related disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40:146-53.
20. Fein G, Biggins CA, Mackay S: Delayed latency of the event-related brain potential P3A component in HIV disease. Progressive effects with increasing cognitive impairment. *Arch Neurology* 1995; 52:1109-18.
21. Gabel RH, Barnard N, Norko M, O'Connell RA: AIDS presenting as mania. *Comp Psychiatry* 1986; 27:251-254.
22. Goodkin K, Fuchs I, Feaster D, Leeka J, Rishel DD: Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection- A preliminary report. *Int'l J Psychiatry in Medicine* 1992; 22:155-172.
23. Gorman JM, Kertzner R: Psychoneuroimmunology and HIV infection: J



- Neuropsychiatry 1990;2:241-52.
24. Grant I, Atkinson JH: Neurogenic and psychogenic behavioral correlates of HIV infection. *Immunologic Mechanisms in Neurologic and Psychiatric Disease* 1990;291-304.
  25. Harris C, Small CB, Klein RS, et al: Immunodeficiency in female sexual partners of men with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1983; 308: 1181-84.
  26. Hintz S, Kuck J, Peterkin JJ, et al: Depression in the context of human immunodeficiency virus infection: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:497-501.
  27. Holland JC, Tross S: The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders. *Ann Intern Med* 1985; 103:760-64.
  28. Holmes VF, Fernandez F, Levy JK: Psychostimulant response in AIDS-related complex patients. *J Clin Psychiatry* 1989; 50:5-8.
  29. Hwu HG, Yeung SY: Psychiatric diagnostic assessment: establishment and inter-rater reliability. *Chin Psychiatry* 1988;2:267-78. [In Chinese; English abstract]
  30. Ironson G, LaPerriere A, Antoni M, O'Hearn P, Schneiderman N et al: Changes in immune and psychological measures as a function of anticipation and reaction to news of HIV-1 antibody status. *Psychosom Med* 1990;52:247-270.
  31. Janssen RS, Saykin AJ, Cannon L, et al: Neurological and neuropsychological manifestations of HIV-1 infection: association with AIDS-related complex but not asymptomatic HIV-1 infection. *Ann Neurol* 1989; 26:592-600.
  32. Lee MB, Yeh EK, Tsai MT, Chen CY: Consultation psychiatry: clinical issues, trends, and evaluation. *J Formosan Med Assoc* 1982;81:1569-79.
  33. Lee MB: Psychiatric disorders in hospitalized cancer patients: A study of 135 referrals with matched controls. *J Formosan Med Assoc* 1985; 84:368-380.
  34. Lee MB, Rin H, Lin HN, Huang MG: A follow-up study of psychiatric outpatients with neurotic disorders. Report of National Science Council (ROC), NSC 75-0301-H002-13, 1987. [In Chinese; English abstract]
  35. Lee MB, Lee YJ, Yen LL, Lin MH, Lue BH: Reliability and validity of using a brief psychiatric rating scale in clinical practice. *J Formosan Med Assoc* 1990;89:1081-7.
  36. Lee MB, Lee YJ: A cross-sectional epidemiological study of psychiatric comorbidity in hospitalized medically ill. *Chinese Psychiatry* 1990a;4:10-26.
  37. Lee MB, Lee YJ: Coping strategies and associated psychosocial features of the hospitalized medically ill. *Chinese Psychiatry* 1990b;4:27-39.
  38. Lee MB, et al: Psychosomatic study on the HIV-1 infected. Report of Department of Health DOH 82-DC-026, 1993.39. Lyketsos CG, Hanson A, Fishman M, McHugh PR, Treisman GJ: Screening for psychiatric morbidity in a medical outpatient clinic for HIV infection: the need for a psychiatric presence. *Intern J Psychiatry Med* 1994; 24:103-13.
  39. Maj M: Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS. *Psychol Medicine* 1990;20:547-63.
  40. Marotta R, Perry S: Early neuropsychological dysfunction caused by human immunodeficiency virus. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1:225-35.
  41. McArthur MC, Cohen BA, Selnes OA, et al: Low prevalence of neurological and neuropsychological abnormalities in otherwise healthy HIV-1 infected individuals: results from the Multicenter AIDS Cohort Study. *Ann Neurol* 1989; 26:601-11.
  42. Miller EN, Selnes OA, McArthur JC, et al: Neuropsychological performance in HIV-infected homosexual men: the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS). *Neurology* 1990; 40:197-203.
  43. Morin SF, Charles KA, Malyon AK: The psychological impact of AIDS on gay men. *Am Psychologist* 1984; 39:1288-93.
  44. Munson R.: AIDS and its issues. In: *Intervention and Reflection Basic Issues in*

- Medical Ethics. 5th ed. Washington: Wadworth Publishing Company, 1996: 205~258.
45. Namir S, Wolcott DL, Fawzy FI: Social support and HIV spectrum disease: clinical and research perspectives. *Psychiatr Med* 1989; 7:97-105.
  46. Navia BA, Jordan BD, Price RW: The dementia complex: I. clinical features. *Ann Neurol* 1986; 19: 517-524.
  47. Nichols SE: Psychosocial reactions of persons with the acquired  
甲、 immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 103:765-67.
  48. O'Down MA, Natali C, Orr D, et al: Characteristics of patients attending an HIV-related psychiatric clinic. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42:615-19.
  49. Ostrow D, Grant I, Atkinson H: Assessment and management of the AIDS patient with neuropsychiatric disturbances. *J Clin psychiatry* 1988; 49:5(suppl):14-22.
  50. Ostrow DG et al: Public health policy and bioethical issues in AIDS. In: *Behavioral Aspects of AIDS*. 1990.
  51. Perry S, Fishman B, Jacobsberg L, et al: Effectiveness of psychoeducational interventions in reducing emotional distress after human immunodeficiency virus antibody testing. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:374-82.
  52. Perry SW: Organic mental disorders caused by HIV: update on early diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 696-710.
  53. Perry SW, Jacobsen P: Neuropsychiatric manifestations of AIDS-spectrum disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37:135-142.
  54. Perry SW, Jacobsberg LB, Fishman B, Weiler PH, Gold JWM, Frances AJ: Psychological responses to serological testing for HIV. *AIDS*. 1990;4:145-52.
  55. Perry SW, Tross S: Psychiatric problems of AIDS inpatients at the New York Hospital:Preliminary report. *Public Health Rep* 1984; 99:200-205.
  56. Perry SW, Markowitz J: Psychiatric interventions for AIDS spectrum disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37:1001-1006.
  57. Pfeiffer E: A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriat Soc* 1975;23:433-41.
  58. Rabkin JG, Williams JBW, Remien RR, Goetz RR, Kertzner R, Gorman JM: Depression, lymphocyte subsets, and human immunodeficiency virus symptoms on two occasions in HIV-positive homosexual man. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:111-119.
  59. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al: One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:977-86.
  60. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:949-58.
  61. Rosenberger PH, Bornstein RA, Nasrallah HA, Para MF, Whitaker CC, Fass RJ, Rice RR Jr: Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: lifetime and current assessment. *Compr Psychiatry* 1993; 34:150-8.
  62. Rundell JR, Kyle KM, Brown GR, Thomason JL: Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screening program. *Psychosomatics* 1992; 33:24-27.
  63. Seedhouse D, Lovett O: *Practical Medical Ethics*. Johnwiley & Sons, NewYork, 1972. 19-33.
  64. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D: Validity and reliability of the family function. *J Fam Prac* 1982;15:303-11.
  65. Targ EF, Karasic DH, Diefenbach PN, Anderson DA, Bystritsky A, Fawzy FI: Structured group therapy and fluoxetine to treat depression in HIV-positive persons. *Psychosomatics* 1994; 35:132-37.
  66. Thomas WF:AIDS-Related psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1987; 151:579-588.
  67. Treisman GJ, Lyketsos CG, Fishman M, Hanson AL, Rosenblatt A, McHugh PR: Psychiatric care for patients with HIV infection: The varying perspectives.

- Psychosomatics 1993; 34:432-39.
68. Tross S, Hirsch DA: Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. *Am Psychologist* 1988; 43:929-34.
  69. Tseng MC, Lee MB, Lee YJ: Psychiatric problems of hospitalized AIDS patients. *Chinese Psychiatry* 1992;6:298-307.
  70. Weisman AD: Coping with illness. In: Hackett TP, Cassem NH eds. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Saint Louis: C.V. Mosby Comp, 1978:264-275.
  71. Wiener PK, Schwartz MA, O'Connell RA: Characteristics of HIV-infected patients in an inpatient psychiatric setting. *Psychosomatics* 1994; 35:59-65.
  72. Wolcott DL, Fawzy FI, Namir S: Clinical management of psychiatric disorders in HIV spectrum disease. *Psychiatr Med* 1989; 7:107-27.
  73. Wolcott DL, Dilley JW, Mitsuyasu RT: Psychiatric aspects of acquired immune deficiency syndrome. in Kaplan HI, Sandock BJ ed: *Comprehensive textbook of Psychiatry* 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1989;1297-315.
  74. Wolf TM, Balson PM, Dralle PW, Gaumer RH, Morse EV, Williams MH, Simon PM: A biopsychosocial examination of symptomatic and asymptomatic HIV-infected patients. *Int'l J Psychiatry in Medicine*, 1991;2:263-79.
  75. Wolf TM, Balson PM, Morse EV, Simon PM, Gaumer RH, Dralle PW, Williams MH: Relationship of coping style to Affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons: Implications for clinical Management. *J Clin Psychiatry*. 1991;52:171-3.

## 圖表

**Table 1.1 Basic data: sex**

	Frequency	Percent
Male	897	95.3
Female	44	4.7
Total	941	100.0

**Table 1.2 Basic data: education level**

	Frequency	Percent
Elementary school	33	3.5
Junior high school	77	8.2
Senior high school	282	30.0
Occupational high school	278	29.5
College	232	24.7
Postgraduate school	39	4.1
Total	941	100.0

**Table 1.3 Basic data: year and month of first assessment**

	Frequency	Percent
9107	7	.7
9108	45	4.8
9109	63	6.7
9110	94	10.0
9111	110	11.7
9112	102	10.8
9201	117	12.4
9202	35	3.7
9203	78	8.3
9204	61	6.5
9205	51	5.4
9206	41	4.4
9207	37	3.9
9208	49	5.2
9209	8	.9
9210	9	1.0
9211	26	2.8
9212	8	.9

Total	941	100.0
-------	-----	-------

## Table 2: Distribution of symptom

### Table 2.1 Distribution of symptom: anxiety

	Frequency	Percent
<b>Not at all</b>	423	45.0
<b>A little bit</b>	312	33.2
<b>Moderately</b>	149	15.8
<b>Quite a bit</b>	43	4.6
<b>Extremely</b>	13	1.4
Total	941	100.0

### Table 2.2 Distribution of symptom: depression

	Frequency	Percent
<b>Not at all</b>	375	39.9
<b>A little bit</b>	305	32.4
<b>Moderately</b>	171	18.1
<b>Quite a bit</b>	61	6.5
<b>Extremely</b>	29	3.1
Total	941	100.0

### Table 2.3 Distribution of symptom: anger

	Frequency	Percent
<b>Not at all</b>	444	47.2
<b>A little bit</b>	266	28.2
<b>Moderately</b>	161	17.1
<b>Quite a bit</b>	55	5.8
<b>Extremely</b>	15	1.6
Total	941	100.0

### Table 2.4 Distribution of symptom: inferiority

	Frequency	Percent
<b>Not at all</b>	552	58.7
<b>A little bit</b>	237	25.2
<b>Moderately</b>	95	10.1
<b>Quite a bit</b>	45	4.8
<b>Extremely</b>	12	1.3
Total	941	100.0

### Table 2.5 Distribution of symptom: insomnia

	Frequency	Percent
<b>Not at all</b>	425	45.2
<b>A little bit</b>	245	26.1
<b>Moderately</b>	168	17.8
<b>Quite a bit</b>	71	7.5
<b>Extremely</b>	32	3.4
Total	941	100.0

**Table 2.6 Distribution of symptom: dyspnea**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Not at all</b>	<b>561</b>	<b>59.6</b>	<b>82.7</b>	<b>82.7</b>
<b>A little bit</b>	<b>92</b>	<b>9.8</b>	<b>13.6</b>	<b>96.3</b>
<b>Moderately</b>	<b>19</b>	<b>2.0</b>	<b>2.8</b>	<b>99.1</b>
<b>Quite a bit</b>	<b>5</b>	<b>.5</b>	<b>.7</b>	<b>99.9</b>
<b>Extremely</b>	<b>1</b>	<b>.1</b>	<b>.1</b>	<b>100.0</b>
Total	678	72.1	100.0	
Missing	263	27.9		
	941	100.0		

**Table 2.7 Distribution of symptom: pain**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Not at all</b>	<b>393</b>	<b>41.8</b>	<b>58.1</b>	<b>58.1</b>
<b>A little bit</b>	<b>199</b>	<b>21.1</b>	<b>29.4</b>	<b>87.4</b>
<b>Moderately</b>	<b>65</b>	<b>6.9</b>	<b>9.6</b>	<b>97.0</b>
<b>Quite a bit</b>	<b>13</b>	<b>1.4</b>	<b>1.9</b>	<b>99.0</b>
<b>Extremely</b>	<b>7</b>	<b>.7</b>	<b>1.0</b>	<b>100.0</b>
Total	677	71.9	100.0	
Missing	264	28.1		
	941	100.0		

**Table 2.8 Distribution of suicidal ideation**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Not at all</b>	<b>682</b>	<b>72.5</b>	<b>73.3</b>	<b>73.3</b>
<b>A little bit</b>	<b>144</b>	<b>15.3</b>	<b>15.5</b>	<b>88.7</b>
<b>Moderately</b>	<b>69</b>	<b>7.3</b>	<b>7.4</b>	<b>96.1</b>
<b>Quite a bit</b>	<b>18</b>	<b>1.9</b>	<b>1.9</b>	<b>98.1</b>
<b>Extremely</b>	<b>18</b>	<b>1.9</b>	<b>1.9</b>	<b>100.0</b>
Total	931	98.9	100.0	
Missing	10	1.1		
	941	100.0		



### Table 3: Descriptive Statistics

**Table 3.1 Descriptive statistics of other clinical measurements**

	AGE	DURA	BSRS5_1	BSRS5_2	BSRS5_3
N	940	747	941	425	238
Missing	1	194	0	516	703
<b>Mean</b>	<b>34.3670</b>	<b>33.3092</b>	<b>4.3278</b>	<b>4.0024</b>	<b>3.6586</b>
Std. Deviation	10.8822	37.0892	4.1265	4.0367	4.1522
Skewness	2.412	1.957	1.051	1.095	1.568
Std. Error of Skewness	.080	.089	.080	.118	.158
Kurtosis	9.105	5.790	.899	.715	2.163
Std. Error of Kurtosis	.159	.179	.159	.236	.314

**Table 3.2 Descriptive statistics of other clinical measurements**

	Trail A	Trail B	Social function	Family function	Work ability
N	37	37	321	321	321
Missing	904	904	620	620	620
<b>Mean</b>	<b>28.84</b>	<b>72.68</b>	<b>1.8879</b>	<b>2.0779</b>	<b>2.1963</b>
Std. Deviation	8.75	23.43	2.4723	2.4077	2.5646
Skewness	1.708	1.247	1.379	1.160	1.135
Std. Error of Skewness	.388	.388	.136	.136	.136
Kurtosis	4.428	1.117	1.107	.625	.435
Std. Error of Kurtosis	.759	.759	.271	.271	.271

## Table 4: Psychiatric Morbidity at Three Waves of Assessments

**Table 4.1 Proportion of psychiatric diagnosis defined by BSRS-5 total scores 6 at the index assessment**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<6	<b>622</b>	<b>66.1</b>	<b>66.1</b>	<b>66.1</b>
6	<b>319</b>	<b>33.9</b>	<b>33.9</b>	<b>100.0</b>
Total	941	100.0	100.0	

**Table 4.2 Proportion of psychiatric diagnosis defined by BSRS-5 total scores 6 at six months after index assessment**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<6	<b>307</b>	<b>32.6</b>	<b>72.2</b>	<b>72.2</b>
6	<b>118</b>	<b>12.5</b>	<b>27.8</b>	<b>100.0</b>
Total	425	45.2	100.0	
Missing	516	54.8		
	941	100.0		

**Table 4.3 Proportion of psychiatric diagnosis defined by BSRS-5 total scores 6 at one year after index assessment**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<6	<b>184</b>	<b>19.6</b>	<b>77.3</b>	<b>77.3</b>
6	<b>54</b>	<b>5.7</b>	<b>22.7</b>	<b>100.0</b>
Total	238	25.3	100.0	
Missing	703	74.7		
	941	100.0		

## Table 5: Diagnosis, Validity, and Predictors

**Table 5.1 BSR5 categories and psychiatric diagnosis cross tabulation**

			Psychiatric Diagnosis		Total
			No	Yes	
BSRS-5	< 6	Count	<b>360</b>	<b>136</b>	496
		% within BSR5-5	<b>72.6%</b>	<b>27.4%</b>	100.0%
		% within psychiatric Dx	<b>81.3%</b>	<b>44.4%</b>	66.2%
	6	Count	<b>83</b>	<b>170</b>	253
		% within BSR5-5	<b>32.8%</b>	<b>67.2%</b>	100.0%
		% within psychiatric Dx	<b>18.7%</b>	<b>55.6%</b>	33.8%
Total	Count	443	306	749	
	% within BSR5-5	59.1%	40.9%	100.0%	
	% within psychiatric Dx	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square = 109.689, p , 0.0001

**Table 5.2 Logistic regression model of psychiatric diagnosis defined by BSR5-5 with clinical variables as predictors**

Variable	B	S.E.	Sig	R	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
						Lower	Upper
Age	-.0090	.0111	.4153	.0000	.9910	<b>.9697</b>	<b>1.0128</b>
Duration of illness	.0055	.0025	.0287	.0599	1.0055	<b>1.0006</b>	<b>1.0104</b>
Dyspnea	.5946	.2016	.0032	.0929	1.8122	<b>1.2207</b>	<b>2.6903</b>
Pain	.3058	.1247	.0142	.0720	1.3577	<b>1.0634</b>	<b>1.7335</b>
Suicidal ideation	.7012	.1331	.0000	.1822	2.0161	<b>1.5532</b>	<b>2.6170</b>

Dependent variable = psychiatric morbidity defined by BSR5-5 (cutoff point >=6)

Nagelkerke - R<sup>2</sup> =.181

Number of selected cases:941

Number rejected because of missing data: 361

Number of cases included in the analysis: 580

**Table 5.3 Psychiatric diagnoses confirmed by Mini International Neuropsychiatric Interview**

Diagnosis by MINI	N	%
Dementia due to HIV disease	2	.3
Phobia	3	.4
Hypochondriasis	4	.5
Adjustment disorder with mixed disturbance of emotions and conduct	4	.5
Anxiety disorder, NOS	6	.8
Major depressive disorder	13	1.7
Dysthymic disorder	17	2.3
Adjustment disorder with anxiety	37	4.9
Adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood	46	6.1
Adjustment disorder unspecified	55	7.3
Adjustment disorder with depressed mood	119	15.9
No formal psychiatric diagnosis	443	59.1
<b>Total</b>	<b>749</b>	<b>100.0</b>
Missing system	192	
<b>Total</b>	<b>941</b>	

## Table 6: Correlation Analysis

### Table 6.1 Correlations between three waves of BSR5-5 total scores

		BSRS5_1	BSRS5_2	BSRS5_3
BSRS5_1	Pearson Correlation	<b>1.000</b>	<b>.600</b>	<b>.596</b>
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
	N	941	425	238
BSRS5_2	Pearson Correlation	<b>.600</b>	<b>1.000</b>	<b>.684</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
	N	425	425	238
BSRS5_3	Pearson Correlation	<b>.596</b>	<b>.684</b>	<b>1.000</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
	N	238	238	238

### Table 6.2 Correlations between dimensions of Sheehan Functional Scale and BSR5-5 total scores

		BSRS5_1	Social function	Family function	Work ability
BSRS5_1	Pearson Correlation	<b>1.000</b>	<b>.410</b>	<b>.386</b>	<b>.369</b>
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000
	N	941	321	321	321
Social function	Pearson Correlation	<b>.410</b>	<b>1.000</b>	<b>.723</b>	<b>.704</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000
	N	321	321	321	321
Family function	Pearson Correlation	<b>.386</b>	<b>.723</b>	<b>1.000</b>	<b>.692</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000
	N	321	321	321	321
Work ability	Pearson Correlation	<b>.369</b>	<b>.704</b>	<b>.692</b>	<b>1.000</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.
	N	321	321	321	321

**Table 6.3 Correlations between associated psychical symptom and functions**

		Social function	Family function	Work ability	Dyspnes	Pain
Social function	Pearson Correlation	<b>1.000</b>	<b>.723</b>	<b>.704</b>	<b>.197</b>	<b>.258</b>
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.004	.000
	N	321	321	321	215	215
Family function	Pearson Correlation	<b>.723</b>	<b>1.000</b>	<b>.692</b>	<b>.180</b>	<b>.251</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.008	.000
	N	321	321	321	215	215
Work ability	Pearson Correlation	<b>.704</b>	<b>.692</b>	<b>1.000</b>	<b>.132</b>	<b>.256</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.053	.000
	N	321	321	321	215	215
Dyspnea	Pearson Correlation	<b>.197</b>	<b>.180</b>	<b>.132</b>	<b>1.000</b>	<b>.387</b>
	Sig. (2-tailed)	.004	.008	.053	.	.000
	N	215	215	215	678	677
Pain	Pearson Correlation	<b>.258</b>	<b>.251</b>	<b>.256</b>	<b>.387</b>	<b>1.000</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.
	N	215	215	215	677	677

**Table 6.4 Correlations between functions, BSRS-5 total scores and neuropsychological test**

		Social function	Family function	Work ability	Trail A	Trail B	BSRS5_1
Social function	Pearson Correlation	<b>1.000</b>	<b>.723</b>	<b>.704</b>	<b>.013</b>	<b>.104</b>	<b>.410</b>
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.938	.540	.000
	N	321	321	321	37	37	321
Family function	Pearson Correlation	<b>.723</b>	<b>1.000</b>	<b>.692</b>	<b>.281</b>	<b>.437</b>	<b>.386</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.092	.007	.000
	N	321	321	321	37	37	321
Work ability	Pearson Correlation	<b>.704</b>	<b>.692</b>	<b>1.000</b>	<b>.077</b>	<b>.221</b>	<b>.369</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.652	.189	.000
	N	321	321	321	37	37	321
Trail A	Pearson Correlation	<b>.013</b>	<b>.281</b>	<b>.077</b>	<b>1.000</b>	<b>.362</b>	<b>.303</b>
	Sig. (2-tailed)	.938	.092	.652	.	.028	.068
	N	37	37	37	37	37	37
Trail B	Pearson Correlation	<b>.104</b>	<b>.437</b>	<b>.221</b>	<b>.362</b>	<b>1.000</b>	<b>.579</b>
	Sig. (2-tailed)	.540	.007	.189	.028	.	.000
	N	37	37	37	37	37	37
BSRS5_1	Pearson Correlation	<b>.410</b>	<b>.386</b>	<b>.369</b>	<b>.303</b>	<b>.579</b>	<b>1.000</b>
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.068	.000	.
	N	321	321	321	37	37	941

## 附件:研究評量表

### 腦功能簡式評量表 (SPMSQ)

**說明：**請依序詢問下列 10 個問題，並在問題右側空格內，記錄每題答案，若第 4 題中病人表示家中並無電話，則改問 4 之甲。並將答錯之題數與總題數分別記錄於問題之左邊空格及最後面。

對	錯	
		1. 今天是民國幾年？ _____ 幾月 _____ ？幾日（號）？ _____
		2. 今天是星期幾？ _____
		3. 這裡（地方）是那裡的？ _____
		4. 你家的電話號碼幾號？ _____
		4. 甲. 你的住址（門牌號碼） _____
		5. 你今年幾歲？ _____
		6. 你是什麼時候出生的？ 那年 _____ 那月 _____ 那日 _____
		7. 中華民國現任總統是誰？ _____
		8. 中華民國前任總統是誰？ _____
		9. 你媽媽婚前姓什麼？ _____
		10. 請您從 20 減 3 然後從所得的數目再減 3，像這樣一直計算下去，請把每個答案告訴我，直到我說「停」為止，好，開始
		20 - 3 = _____ = _____ = _____ = _____ = _____ = _____ = _____ = . . . . .

\*\*\* 總錯誤題數 \_\_\_\_\_



# 簡式症狀表(BSRS)

**說明：**下面所列舉的問題是一般人有時候會有的問題,請您仔細地閱讀每一個問題,同時回想在最近一星期中(包括今天),這些問題使您感到困擾或苦惱的程度,然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

最近一星期來您被下列問題困擾到什麼程度

完沒 輕 中程 厲 非厲  
全有 微 等度 害 常害

- |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1.神經過敏(緊張)或內心不安                        |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2.不愉快的念頭或字語反複出現,無法從心中排除                |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3.擔心不夠整潔或不夠小心                          |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4.覺得容易苦惱或動怒                            |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5.心臟或胸部疼痛                              |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6.在空曠的地方或街上,有害怕的感覺                     |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 7.有自殺的想法                               |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8.覺得大多數人都不能信賴                          |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9.胃口不好(食慾不振)                           |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 10.容易發脾氣而無法控制                          |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 11.單獨離開家時覺得害怕                          |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 12.為了一些小事情而責備自己                        |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 13.在進行事情的過程中,有阻礙的感覺                    |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 14.覺得寂寞                                |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 15.感覺憂鬱、心情低落                           |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 16.對一般的事物失去了興趣                         |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 17.感到害怕                                |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 18.覺得別人不瞭解或不同情自己                       |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 19.覺得比不上別人                             |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 20.肌肉酸痛(譬如頭、頸、腰、背等部位)                  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 21.覺得別人在注視或談論自己                        |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 22.睡眠困難,譬如難以入睡、易醒或早醒                   |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 23.必須一再地重複檢查所做的事情或必須一再地重複做同樣的動作,如洗手、關門 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 24.猶豫不決,難以下決定                          |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 25.呼吸困難                                |

完沒 輕 中程 厲 非厲  
全有 微 等度 害 常害

- |   |   |   |   |   |                         |
|---|---|---|---|---|-------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 26.對某些事情、地點或活動懼怕,而不得不避開 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 27.身體某些部位覺得麻木或刺痛        |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 28.覺得將來沒有希望             |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 29.不能專心或注意力不能集中         |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 30.身體某些部位覺得無力           |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 31.覺得緊張或受到刺激            |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 32.會死或快要死的想法            |

- |   |   |   |   |   |                                |
|---|---|---|---|---|--------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 33.當人家注視或談論自己時,有不安的感覺          |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 34.有些思想明知不是自己的                 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 35.具有想要毆打或傷害某人的衝動              |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 36.具有想要打破或打碎東西的衝動              |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 37.和別人在一起時,(因自以為被注意)有不自然的感覺    |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 38.在人擁擠的地方,例如:在買東西或在電影院,有不安的感覺 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 39.一陣一陣地感到恐怖或恐慌                |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 40.單獨一個人的時候覺得不安                |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 41.覺得別人不相信自己的成就                |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 42.即使身邊有人,也覺得孤獨                |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 43.覺得很不安,以致於無法安靜坐下來            |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 44.覺得自己沒有價值                    |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 45.覺得即將有不幸的事情要發生在自己身上          |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 46.假如給人家機會的話,自己將會被利用           |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 47.覺得自己有罪過,應該被處罰               |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 48.覺得身體有嚴重的毛病                  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 49.具有可怕的念頭或影像                  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 50.罪惡感                         |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 51.其他問題(請註明)                   |

## 簡式性格量表(MPI)

說明：下列每一句子的內容是一般人常有的特性,請詳讀每一句子,假如該句內容適合描述你生病前平常的情況,則將該題題號左邊的「是」字圈起來;假如不適合描述你,則請圈「否」字,不易決定時圈「？」號,「？」號不要圈得多過5個以上。請把每一句唸清楚,做答時不必考慮很久,請不要漏掉任何一題。

- 是 ? 否 1.參加一些需要迅速行動的工作時會覺得很愉快
- 是 ? 否 2.有時會沒理由地覺得愉快、而有時卻覺得憂鬱
- 是 ? 否 3.注意力難以集中
- 是 ? 否 4.平常都是積極地找別人做朋友,而不是消極地等著別人來
- 是 ? 否 5.行動敏捷確實
- 是 ? 否 6.不論怎麼樣不方便,還是會遵守諾言
- 是 ? 否 7.和別人交談時常常想到別的事情
- 是 ? 否 8.自己是一個快活的人
- 是 ? 否 9.常常覺得憂鬱
- 是 ? 否 10.情緒常常起伏不定
- 是 ? 否 11.在社交場合裡較消極而不喜歡引人注意
- 是 ? 否 12.在熱鬧愉快的場合裡,仍無法忘記一切而使自己放輕鬆
- 是 ? 否 13.有時會無緣無故感到悲傷
- 是 ? 否 14.自己所有的習慣都是良好而滿意的
- 是 ? 否 15.喜歡在社會上與別人打成一片
- 是 ? 否 16.時常因罪惡感而感到苦惱
- 是 ? 否 17.常常把工作看得像生死問題那樣嚴重
- 是 ? 否 18.有時會說人家的閒話
- 是 ? 否 19.喜歡生活裡有許多社交活動
- 是 ? 否 20.有間歇性的寂寞經驗
- 是 ? 否 21.在異性面前容易害羞
- 是 ? 否 22.自己是個無憂無慮而樂觀的人
- 是 ? 否 23.常常無緣無故地感到疲倦或無精打采
- 是 ? 否 24.上班或約會曾遲到過
- 是 ? 否 25.參加社交團體活動時,盡量少說話
- 是 ? 否 26.在熱鬧愉快的聚會中,能夠丟開一切掛念而盡情享樂
- 是 ? 否 27.因雜念太多而無法成眠
- 是 ? 否 28.曾經有幾次被無關緊要的念頭反覆打擾
- 是 ? 否 29.常常感到不滿
- 是 ? 否 30.有間歇性的坐立不安經驗

# 疾病因應量表

一、自從你生病以來，你最必須要面對的主要問題是什麼？

---

---

二、面對這次生病，你曾經(或目前)如何處理？

註：0.沒有 1.偶而 2.有時 3.常常 4.總是

- \_\_\_\_\_ 1.找尋或詢問與病情相關更多的資料(合理化/理智化)
- \_\_\_\_\_ 2.和別人談，以紓解苦惱(接受關懷)
- \_\_\_\_\_ 3.一笑置之，不把它當一回事(情感轉移)
- \_\_\_\_\_ 4.試著去忘記它，置之腦後(壓抑作用)
- \_\_\_\_\_ 5.做其他的事，使自己分心(轉移)
- \_\_\_\_\_ 6.根據目前所了解的情況，採取堅決的行動(面對它)
- \_\_\_\_\_ 7.接受，但發現有幫助的事去處理它(重新定義)
- \_\_\_\_\_ 8.屈服，接受無法避免的結果；認命，無法做任何事(宿命論)
- \_\_\_\_\_ 9.魯莽行事或不合實際的行動(衝動行為)
- \_\_\_\_\_ 10.尋求其他可行的方法(若 X，則 Y)
- \_\_\_\_\_ 11.藉飲酒、猛吃或服藥來減輕緊張度(減輕壓力)
- \_\_\_\_\_ 12.退縮至孤立狀態(減少刺激)
- \_\_\_\_\_ 13.責怪某人或某事(推卸責任)
- \_\_\_\_\_ 14.尋求權威的意見，並遵行之(配合醫囑)
- \_\_\_\_\_ 15.自責、自我犧牲或贖罪(自憐、降服或放棄)
- \_\_\_\_\_ 16.其他(註明)

三、處理結果：你的這些處理方法是否有效？

- \_\_\_\_\_ 1.沒有解決或解脫
- \_\_\_\_\_ 2.不確定或難預料
- \_\_\_\_\_ 3.解決了某一部分的問題
- \_\_\_\_\_ 4.問題已解決了

# 家庭關懷量表

以下五個題目是協助我們進一步瞭解你和你的家庭，希望你能就實際的情形回答。

-----

1.當我有麻煩和煩惱時 我可以從家庭得到滿意的幫助	總是 如此	大都 如此	有時 如此	很少 如此
------------------------------	----------	----------	----------	----------

2.我很滿意家人和我討論事情  
及分擔問題的方式

3.當我想要做一件新的事情時  
家庭都會給我滿意的接受和支持

4.我很滿意家人對我的情緒(喜、怒、哀、樂)  
表示關心和愛護的方式

5.我和家人可以共渡愉快的時光